短　報

老年期に焦点をあてた死生観・終末期医療に関する意識調査

田中　愛子*　岩本　　晋*2

要　約

本研究では、老年期の死生観と終末期医療に対する意識を明らかにすることを目的として、65歳以上の在宅生活をしている人を対象に質問調査を行い、245名の有効回答数を得た。分析の結果、以下のことがわかった。

1．男女を比較すると「死に関する意識」25項目の内、12項目に有意差が見られた。

2．「死に関する意識」25項目を因子分析して「死を考える」因子、「死の不安・恐怖」因子を確認し、各因子について男女比較を行った結果、女性の方が両因子ともに有意に高く、女性に死の不安・恐怖感が強かった。

3．終末期医療については、臨終の場を自宅に、ケアを配偶者に求める人が最も多く、今後は、在宅医療や緩和ケア医療の拡大が望まれていることがわかった。

キーワード：老年期、死生観、終末期医療、質問紙調査

Ⅰ　緒　　言

高額医療費の見直しや、より高い生活の質を追求したいという人々の願いを背景に、終末期医療は現在変革期にあるといわれている。厚生省も「末期医療に関するケアの在り方の検討会」[1]でこの問題を論じ、ここ十数年余、終末期医療にまつわる問題はますます重要な課題として取り上げられている。中でも他国に類の無い速さで高齢化が進んだ世界有数の長寿国の１つである我が国においては[2-3]、老年期における終末期医療のあり方が注目されている。

以上の状況を鑑み、本研究の目的は、老年期にある人々の死生観や終末期医療に関する意識を明らかにし、老年期の死に対する考えや末期医療に関するニーズを把握することである。この結果は、在宅医療などに現実的な政策指針を示唆するだけでなく、死の教育の重要性を再認識し、ターミナルケアにも新たなる知見を提供してくれるものと思われる。

ここでの死生観とは、「死に関する意識」とし、終末期医療とは「治らない病気で余命が長くないときに受ける医療」とした。

Ⅱ　対象と方法

1．対象

65歳以上の在宅で生活している人々（以下「老年期」と記す）を対象に、「死生観・終末期医療に関する調査」を行った。県内の会社を退職し、在宅で生活している人300名に郵送法を用いて調査を行った。同時に老人クラブの高齢者を対象に、クラブの会合の日に集合調査法を用いて調査を行った。郵送法による回収数は220名（回収率73.3％）、集合調査法による回収数は86名であった。全回収数は306名であったが、記入漏れ等をチェックし、最終的に245名を有効回答数とした。

2．質問表の作成

調査に用いた質問用紙は、死生観、終末期医療に関する事柄とフェイス項目の３側面から構成した。死生観の質問項目は、既存の死の態度尺度[4-7]を検討した上でL. S. DicksteinのDeath Concern Scaleを選択して用いた。この尺度を選択した理由は、Death Concern Scaleが死の現実性と死の否定的評価で構成されており、本研究での観察目的と一致していたということにある。Death Concern Scaleを用いるにあたり、方波見ら[8]の調査表を参考にして、著者ら[9]が訳し「死に関する意識」とした。「死に関する意識」の質問項目は、表１に示すとおりである。Death Concern Scaleは30項目から構成されているが、医療関係者５名で議論し、日本文化の中でも違和感のない25項目を妥当な質問項目として選択した。回答の方法

＊山口県立大学看護学部
＊２元山口県立大学看護学部

表1　死に関する意識の質問項目

	質　問　項　目
Q．1	私は自分自身の死について考えることがある
Q．2	私は若死にすることを考えることがある
Q．3	私は寝る前に死について考えることがある
Q．4	私は死ぬ時期がわかったら、それまでの時間をどのようにふるまうか考えることがある
Q．5	私が死んだとき、身内の人達がどう振る舞い、どう感じるかを考えることがある
Q．6	私は病気の時、死について考えることがある
Q．7	私は自分の死について空想することがある
Q．8	私は人は歳をとったとき、死について不安になると思う ＊
Q．9	私は周囲の人々以上に、死についての不安が大きい
Q．10	私は死ぬことはほとんど気にしない ＊
Q．11	私は自分が死ぬと考えると不安になる
Q．12	私にとって大切な人の死を考えると不安になる
Q．13	私は将来必ず死ぬと思っても、自分の生き方を変えようとは思わない ＊
Q．14	私は自分の死を、悪夢のような苦しみと思っている
Q．15	私は死ぬことが恐ろしい
Q．16	私は人生が短いことを考えると、気持ちが動揺してくる
Q．17	私は死について考えることは、時間の無駄だと思う ＊
Q．18	私は豊かな人生を過ごせたら、死ぬことはそう悲しいことではないと思う ＊
Q．19	私は死後の世界があって欲しいと思う
Q．20	私は自分が死ぬと考えると憂鬱になる
Q．21	私は大切な人の死について考えることがある
Q．22	私は交通事故で死ぬかもしれないと考えることがある
Q．23	私の考え方は、楽観的である ＊
Q．24	多くの人が葬式など、人の死に直面すると不安になるが、私は動揺しない ＊
Q．25	死後の世界があるかどうか、私は心配である

＊：逆転項目であり，回答の４段階の1から4を逆転評価する

表2　死に関する意識に影響を与えると思われる経験等の事項.

経験事項等	臨終に立ち合った経験				介護経験				信仰				健康状態			
		度数	%	p値		度数	%	p値		度数	%	p値		度数	%	p値
男　性	ある	59	37.6		ある	81	51.6		ある	42	26.8		健康である	56	35.7	
	ない	98	62.4		ない	76	48.4		ときどき	56	35.7		やや健康	75	47.8	
	合計	157	100.0		合計	157	100.0		ない	59	37.6		やや病気がち	13	8.3	
									合計	157	100.0		病気がち	13	8.3	
													合計	157	100.0	
				NS				***				**				*
女　性	ある	36	40.9		ある	65	73.9		ある	36	41.4		健康である	25	28.4	
	ない	52	59.1		ない	23	26.1		ときどき	15	17.2		やや健康	33	37.5	
	合計	88	100.0		合計	88	100.0		ない	36	41.4		やや病気がち	24	27.3	
									合計	87	100.0		病気がち	6	6.8	
													合計	88	100.0	

男女間の各事項の$\chi 2$検定結果 *p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

には、「4=そうである」、「3=どちらかといえばそうである」、「2=どちらかといえばそうではない」、「1=そうではない」の4段階のリカードスケールを用いた。

終末期医療に関する項目は、人生最期の場や今後の末期医療についての質問とした。さらに「死に関する意識」「終末期医療に関する意識」に影響を与えると思われる生活経験についての質問項目を加えた。

3．調査の実施

本調査は、1999年12月から2000年7月までの期間に、集合調査法と郵送法を併用して実施した。郵送法の場合は調査の目的を書いた紙と返信用封筒を同封し、調査に同意の得られた人に回答用紙の返送を依頼した。集合調査法では対象者に調査の目的を説明し、同意の得られた人から回答を得た。回答は無記名の自記式とし、回答者個人のプライバシーに配慮して回収した。

4．解　析

分析には、統計パッケージSPSSのBase 10.0Jを使用した。

Ⅲ　結　果

1．対象の特性

有効回答数245名のうち、男性157名（64.1%）女性88名（35.9%）であった。平均年齢は70.7（±4.5）歳で65歳から85歳まで分散していた。対象の背景を性別ごとに観察した結果を表2に示した。家族の「介護経験」があると回答した割合は、男性51.6%、女性73.9%と女性が有意に高く（$p<0.001$）、「信仰」があると回答した割合は、男性26.8%、女性41.4%、また「健康状態」に関しても健康であると回答した割合は男性35.7%、女性28.4%と、その割合にはそれぞれ有意差が認められた（$p<0.01$、$p<0.05$）。

2．「死に関する意識」の特徴

「死に関する意識」25項目の性別によるχ^2検定結果を表3に示した。25項目中12項目について有意差が認められた。χ^2値の大きい順に、問6・4・1・3・5・11・10・21・12・9・8・7であり、最も異なっていたのは問6「私は病気の時、死について考えることがある」で、女性にその傾向が有意に高く（$p<0.001$）、続いて問4「私は死ぬ時期がわかったら、それまでの時間をどのようにふるまうか考えることがある」、問1「私は自分自身の死について考えることがある」、問3「私は寝る前に死について考えることがある」の順で、女性にその傾向が有意に高かった（$p<0.01$）。

3．「死を考える」因子・「死の不安・恐怖」因子の男女比較

Death Concern Scaleには、「死を考える」因子、「死の不安・恐怖」因子が含まれていることが予測されるので、その因子を確認する目的で、因子分析を行った。質問項目によっては正規性を欠くものがあり、抽出される因子間には相関が予測されるので、因子分析を行う際には、最尤法の斜交回転プロマックス法を用いた。また初期の最小固有値を1以上に設定して因子を抽出した。分析結果を表4に示した。第1因子は問16・15・14・20・9・11の順に高い因子負荷量を示しており、その質問項目の内容は「死の不安・恐怖」因子を表していた。同様に、第2因子は、問7・4・1・3・5・6・2の順に高く、「死を考える」因子を表していた。第3因子は、問17・10・24・13・18・23の順に高く逆転項目で構成されており「気がかり」因子を、第4因子は、問12・21・8の順で「大切な人の死」を、第5因子は問19・25の順で「死後の世界」を表していた。第6因子は問22項目のみが分離して抽出された。

「死を考える」因子と、「死の不安・恐怖」因子について、各因子を構成する質問項目の平均値を用いて男女比較を行った。結果を表5に示した。性別比較では「死を考える」因子は、平均値±標準偏差は男性13.73±4.56,女性16.48±4.39で女性が有意に高く（$p<0.01$）、「死の不安・恐怖」因子については、男性10.66±4.20、女性12.05±4.89で女性が有意に高かった（$p<0.05$）。

4．終末期医療に関する考え

終末期医療に関する考えを表6に示した。治らない病気の場合の病名説明については、病名を教えてほしいと回答した人は71.0%、教えて欲しくない14.9%、よく分からない14.1%であった。

人生の最後の場に選択されたのは、自宅が39.6%と最も多く、続いてホスピス等27.9%、病院25.0%であった。またその際、お世話をして欲しい人では、配偶者が60.3%で、2番目に多かったこどもは16.9%であった。

今後の末期医療に対する希望については、在宅医療システムの拡大、緩和ケア病棟が増えることがそれぞれ43.4%で、高度な病院の医療の充実を選択した人は11.5%にとどまった。病院死の利点としては、安心感がある37.4%、介護負担が軽減できる35.3%の順に選択され、逆に欠点として、本人の意思に反した延命58.6%、経済的不安17.6%が選ばれた。

表３　死に関する意識25項目の性別４段階回答割合

質問項目	性別	４段階回答（%） 1	2	3	4	χ^2値 1）
Q.1	男性	11.5	33.1	45.2	10.2	14.07 **
	女性	3.4	18.2	60.2	18.2	
Q.2	男性	52.9	30.6	13.4	3.2	2.24
	女性	50.0	27.3	20.5	2.3	
Q.3	男性	45.2	38.9	14.0	1.9	13.65 **
	女性	30.7	34.1	27.3	8.0	
Q.4	男性	43.3	29.3	23.6	3.8	14.25 **
	女性	26.1	25.0	36.4	12.5	
Q.5	男性	40.1	25.5	29.9	4.5	12.97 **
	女性	21.6	27.3	37.5	13.6	
Q.6	男性	31.8	36.9	24.8	6.4	29.00 ***
	女性	12.5	25.0	37.5	25.0	
Q.7	男性	45.2	24.2	29.3	1.3	7.84 *
	女性	33.0	27.3	33.0	6.8	
Q.8	男性	15.3	21.0	40.8	22.9	8.73 *
	女性	9.1	20.5	30.7	39.8	
Q.9	男性	51.0	36.3	10.2	2.5	9.05 *
	女性	44.3	29.5	15.9	10.2	
Q.10	男性	19.7	29.3	34.4	16.6	11.42 *
	女性	27.3	18.2	23.9	30.7	
Q.11	男性	38.9	28.7	26.1	6.4	12.36 **
	女性	29.5	21.6	28.4	20.5	
Q.12	男性	17.8	17.8	35.0	29.3	9.76 *
	女性	18.2	10.2	23.9	47.7	
Q.13	男性	15.9	11.5	24.8	47.8	1.19
	女性	11.4	13.6	23.9	51.1	
Q.14	男性	51.6	31.2	13.4	3.8	2.50
	女性	45.5	30.7	15.9	8.0	
Q.15	男性	45.9	31.2	16.6	6.4	5.32
	女性	43.2	22.7	20.5	13.6	
Q.16	男性	51.0	29.9	15.3	3.8	2.06
	女性	51.1	27.3	13.6	8.0	
Q.17	男性	24.8	25.5	24.2	25.5	2.11
	女性	25.0	23.9	18.2	33.0	
Q.18	男性	11.5	9.6	32.5	46.5	4.28
	女性	11.4	11.4	20.5	56.8	
Q.19	男性	43.9	17.2	22.9	15.9	2.28
	女性	43.2	12.5	21.6	22.7	
Q.20	男性	50.3	29.3	13.4	7.0	6.10
	女性	44.3	21.6	20.5	13.6	
Q.21	男性	22.3	14.6	33.8	29.3	10.61 *
	女性	15.9	5.7	30.7	47.7	
Q.22	男性	40.1	26.1	21.0	12.7	6.37
	女性	54.5	20.5	11.4	13.6	
Q.23	男性	16.6	19.1	28.7	35.7	1.50
	女性	13.6	15.9	27.3	43.2	
Q.24	男性	12.7	26.8	35.0	25.5	2.94
	女性	17.0	28.4	25.0	29.5	
Q.25	男性	63.1	25.5	7.6	3.8	2.57
	女性	59.1	22.7	10.2	8.0	

1）*：$p<0.05$　**：$p<0.01$　***：$p<0.001$

表4　死に関する質問項目の因子負荷量

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
Q.16	**0.878**	−0.040	−0.130	−0.207	0.087	0.085
Q.15	**0.828**	−0.112	0.053	0.197	−0.076	0.030
Q.14	**0.748**	−0.097	−0.018	0.104	0.035	0.171
Q.20	**0.748**	−0.005	−0.089	0.033	0.081	−0.121
Q.9	**0.658**	0.332	−0.041	−0.005	0.026	−0.050
Q.11	**0.614**	0.047	0.056	0.272	0.081	−0.059
Q.7	−0.052	**0.819**	0.026	0.013	0.040	0.076
Q.4	−0.019	**0.810**	−0.123	−0.115	0.060	−0.066
Q.1	−0.199	**0.757**	0.051	0.192	−0.103	0.117
Q.3	0.072	**0.720**	0.050	0.033	−0.109	−0.004
Q.5	0.030	**0.705**	0.002	0.102	−0.016	−0.108
Q.6	0.095	**0.667**	0.047	0.186	0.011	−0.208
Q.2	0.088	**0.596**	0.013	−0.278	−0.012	0.287
Q.17	−0.143	0.002	**0.746**	0.031	−0.002	0.294
Q.10	−0.113	−0.016	**0.736**	−0.121	0.182	0.128
Q.24	−0.061	0.061	**0.686**	0.147	0.073	−0.081
Q.13	−0.138	0.026	**0.538**	−0.141	0.187	−0.460
Q.18	0.305	−0.198	**0.492**	0.002	−0.376	−0.071
Q.23	0.352	0.128	**0.371**	−0.286	−0.232	−0.009
Q.12	0.109	−0.067	−0.064	**0.749**	0.099	0.115
Q.21	−0.064	0.174	0.036	**0.687**	0.027	0.184
Q.8	−0.254	−0.072	0.042	**−0.545**	0.035	0.005
Q.19	0.057	−0.098	0.110	0.129	**0.841**	−0.071
Q.25	0.446	0.037	0.076	−0.099	**0.627**	0.096
Q.22	0.042	−0.008	0.197	0.200	0.013	**0.812**

表5　各因子の性別による比較

死を考える因子			
	平均値	標準偏差	p
男性	13.73	4.56	**
女性	16.48	4.39	
死の不安・恐怖因子			
	平均値	標準偏差	p
男性	13.73	4.56	**
女性	16.48	4.39	

**:p<0.01

Ⅳ　考　　察

調査結果から以下のことが明らかになった。男女を比較すると「死に関する意識」25項目の内、12項目に有意差が見られた。次に「死に関する意識」25項目を因子分析して「死を考える」因子、「死の不安・恐怖」因子を確認し、各因子について男女比較を行った。その結果女性の方が両因子ともに有意に高く、女性に死の不安・恐怖感が高いことがわかった。しかしこの方法で得られた結果は、方波見ら[8]の「死の不安」調査表20項目全体を死の不安尺度として利用して分析して得られた結果の、死の不安に関して「男女差はあまりみうけられない」とは異なっていた。

表６　終末期医療に関する考え

病名告知	度数	%
教えて欲しい	171	71.0
教えて欲しくない	36	14.9
よくわからない	34	14.1
合計	241	100.0

希望する人生最期の場所	度数	%
自宅	95	39.6
ホスピス	67	27.9
病院	60	25.0
福祉施設	15	6.3
その他	3	1.3
合計	240	100.0

療養時お世話をして欲しい人	度数	%
配偶者	146	60.3
子ども	41	16.9
嫁・婿	28	11.6
友人	9	3.7
看護婦・医療者	8	3.3
ヘルパー	5	2.1
兄弟・姉妹	3	1.2
親	1	0.4
その他	1	0.4
合計	242	100.0

今後の終末期医療への希望	度数	%
在宅医療の充実	102	43.4
緩和ケア病棟等の拡大	102	43.4
高度な病院の医療	27	11.5
その他	4	1.7
合計	235	100.0

病院死の利点	度数	%
安心感がある	89	37.4
介護負担が軽減できる	84	35.3
在宅療養は不可能	36	15.1
利点はない	17	7.1
治療により命が長らえる	7	2.9
その他	5	2.1
合計	238	100.0

病院死の欠点	度数	%
意志に反した延命がなされる	140	58.6
経済的負担が大きい	42	17.6
欠点はない	39	16.3
生活の質が高まらない	9	3.8
その他	9	3.8
合計	239	100.0

デーケン[10]は死の準備教育の必要性を述べているが、今回の調査結果からは特に老年期の女性に対する死の教育の重要性が示唆された。

また終末期医療については、臨終の場を自宅に、ケアを配偶者に求める人が最も多かった。とはいえ４人に１人は病院死を希望しており、在宅医療や緩和ケア医療の拡大が望まれていると同時に、病院のＱＯＬ（生活の質）の向上の必要性が示唆された。2000年から介護保健制度が開始され、療養の場が病院から在宅ケアに移行しやすくなったとはいえ、内容面からの問題は山積している。高齢者のニーズに対応できる社会資源と社会システムのさらなる充実が緊急の課題であるといえよう。

最後に今回の調査は、対象に男性の割合を多く含む結果となり、我が国の高齢者の意識を率直に反映しているというには限界があった。このことは、今後の課題である。

また今後はさらに精緻な分析を行っていくと同時に、青年期・壮年期の調査結果と比較を行うことで、老年期の特徴を見いだし、死の教育・終末期医療へのより明確な示唆を得たいと考えている。

Ｖ　まとめ

老年期の死生観と終末期医療に関する意識を明らかにする目的で、老年期245名を対象に質問紙調査を実施した。その結果、男女を比較すると「死に関する意識」25項目の内、12項目に有意差が見られた。また「死に関する意識」の中の、「死を考える」因子、「死の不安・恐怖」因子ともに、女性のほうが有意に高く、女性に不安・恐怖感が高く、女性の死の教育の必要性が示唆された。さらに終末期医療に対する考えでは、在宅死を選んだ人が最も多く、今後は在宅医療の拡大や緩和ケア病棟の充足が望まれていた。個人の希望に

対応できる医療のあり方が示唆された。

謝　辞

今回の調査は、死や終末期医療に対する考えを把握するものであり、質問の性質から調査は難航し、関係各位には多大なご迷惑をおかけしました。その状況の中にあって、調査の趣旨をご理解いただき、こころよく直接の調査の労をおとりいただき、多大なご尽力を賜りました山口県高齢・退職者連合事務局長　乙吉秀二様をはじめ皆様、社会福祉法人徳地町社会福祉協議会の皆様に厚くお礼を申し上げます。同時に、調査にご助言をいただいた、山口県立大学看護学部岩本テルヨ助教授に深謝いたします。そして、何といっても調査にご理解ご協力いただきました回答者の皆様に心より感謝申し上げます。

最後に本研究は、平成12年度山口県立大学研究創作活動の助成を受けました。記してお礼を申し上げます。

文　献

1）厚生省・日本医師会：末期医療のケア．初版、東京、中央法規、1991.

2）厚生省：平成12年度版厚生白書　新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢社会を迎えるにあたって－、東京、ぎょうせい、150-157、2000.

3）厚生統計協会:厚生の指標　国民衛生の動向、48（9）、72-73、2001.

4）Templer DI: The construction and validation of a death anxiety scale. J General Psychol Rep 82, 165-177, 1970.

5）Thorson JA, Powell FC: Element of death anxiety and meanings of death. J Clin Psychol 44, 691-701, 1988.

6）Lester D: The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. Death Stud 14(5), 451-468, 1990.

7）Tanaka A: An analysis of nursing students' death concern. Bull School Nurs YPU 4, 58-63, 2000.

8）波見泰男、杉山善朗、中野修、佐藤康次、安部一男：高齢者のターミナル・ケア援助技法の開発　高齢者の死の不安と情緒的援助の関連性についての基礎的研究、高齢者問題研究、4、143-152、1988.

9）田中愛子、杉洋子、金山昌子、中尾久子、東玲子、池口恵観、奥田昌之、李恵英、小林春男、芳原達也：医学生の死および末期医療に関する意識調査．山口医学、49（4）、165-172、1999.

10）アルフォンス・デーケン：死への準備教育の意義―生涯教育として捉える、アルフォンス・デーケン編、死を教える．第1版、東京メヂカルフレンド社、2-62、1994.

Tittle：A Study on awareness of death and the terminal stage medical care focused on senescence

Author：Aiko Tanaka*, Susumu Iwamoto*2
*School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University
*2Formerly of School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

Abstract：
The purpose of the study was to clarify characteristics of the senescent awareness of death and terminal-stage medical care. A questionnaire survey was conducted with the elderly who were 65 years or older and were living at home. There were 245 valid responses. We found the following results and suggestions for death education and the terminal-stage medical care: (1) There were significant differences between the males and females in 12 out of the 25 items on death awareness. (2) After the factor analysis of the 25 items, we identified two factors of "thinking about death" and "anxiety and fear of death"; a comparison between the male and female subjects showed that the females had a significantly higher score on both factors, implying a greater degree of anxiety and fear of death among females. (3) In terms of the terminal-stage medical care, the largest number of the subjects sought the place of dying in their home and wanted their spouse to be their care-giver, implying needs for the expansion of home-based medical care and the improvement of palliative care for the elderly.

Key words：senescence, awareness of death, terminal stage medical care, questionnaire survey